

## URAKUS KİSTİ RIZA BELGESİ

Hastanemizde tetkik ve tedavi uygulanacak hastalardan Tıp ve Tıp Dalları Standartları'nın uygulanmasına ilişkin 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı Kanun'un 70'inci maddesine göre alınacak muvafakat belgesidir.

### Hastanın sağlık durumu ve hastalığının teşhisi:

İntrauterin yaşamın başlangıcında allontois kesesi ile mesane arasında, göbek içinden geçen urakus adı verilen bir bağlantı vardır. Gebeliğin sonlarına doğru urakus tıkanarak fibröz bir bant halini alır. Urakus kisti, urakusun orta kısmındaki tıkanmanın yetersiz olması durumunda gelişir. Kist doğumda var olabileceği gibi, yavaş yavaş büyüyerek yenidoğan ya da çocukluk çağında belirgin duruma gelebilir. İnframbilikal- supravescikal(göbek altı-idrar torbası üstü) olan bu kist, ultrasonografide karın duvarının hemen arkasında kistik bir yapı olarak görülebilir.

### İşlemin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı:

Çocuğunuz urakus kisti nedeniyle ameliyat olacaktır. Ameliyat genel anestezi altında (çocuk uyurken) ve ameliyathanede yapılacaktır. Genel anestezi sağlamak üzere anesteziyoloji doktorları tarafından çocuğunuza kas gevşetici ve ağrı kesici ilaçlar verilecektir. Bu sayede çocuğunuz işlem süresince uyuyacaktır. Böylelikle hem ağrı hissetmeyecek hem de geçirdiği ameliyatla ilgili olarak kötü anıları olmayacaktır. Cerrahi girişim bir çocuk cerrahisi uzman doktorunun sorumluluğunda o günkü cerrahi ekip tarafından yapılacaktır.

### Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı:

Çocuğunuza açık cerrahi girişim yapılacaktır. Urakus kisti cerrahi olarak çıkarılması gereken bir durumdur. Bu amaçla göbek deliği bölgesinden bir kesi yapılacaktır. Aksini gerektiren bir durum olmaması durumunda bu tip ameliyatlarda günün birlik cerrahi şeklinde yapılır. Yani ameliyattan önce veya sonra çocuğunuz hastanede gecelemeğe üzere yatırılmaz.

### İşlemden beklenen faydalar ve uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar:

Çocuklardaki urakus kisti kendiliğinden düzelmez. Enfekte olmadıkları sürece belirtisiz de gidebilen bu kistler, enfekte olduklarında (piyourakus/urakal apse), göbek deliğine akabilecekleri gibi, mesaneye akarak idrar yolu enfeksiyonuna ya da peritona akarak peritonite, ön karın duvarında ya da retroperitonda enfeksiyona neden olabilirler.

### İşlemin alternatifleri:

Urakus kisti cerrahi olarak çıkarılması işlemi laparoskopik cerrahi yöntemiyle de yapılabilir.

### İşlemin muhtemel komplikasyonları

- Urakus kisti ameliyatından sonra nadir de olsa istenmeyen sonuçlar görülebilir.
- Ameliyattan sonra ameliyat bölgesinde şişlik görülebilir. Bu durum geçicidir.
- Ameliyat bölgesinde kanama veya kan birikmesi (hematom) oluşabilir.
- Ameliyat bölgesi enfekte olabilir (mikrop kapabilir).
- Tekrarlayabilir. Bu durumda çocuğunuzun tekrar ameliyat olması gerekecektir.
- Bazı çocuklarda ameliyat sonrası uzun süren ağrı olabilir.
- Ameliyat sırasında tıbbi personelin yanlışlıkla çocuğunuzun kanı ile doğrudan teması olursa, kan yoluyla bulaşan hastalıklara yönelik test yapılması gerekecektir.
- Ameliyat sonrası tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu görülebilir. Bu durumun düzeltilmesi için tekrar ameliyat gerekebilir.
- Göbekten idrar akıntısı olabilir, düzeltilmesi için tekrar ameliyat gerekebilir.

### Ameliyat sonrası hastanın izlemi ve dikkat edilmesi gereken özellikler:

- Ameliyat sırasında çıkarılması gereken dokular sorumlu doktorun gerek görmesi durumunda patolojik incelemeye gönderilecektir.
- Ameliyattan sonra ve taburcu olduktan sonra kullanılmak üzere ağrı kesici ve/veya antibiyotik ilaçlar önerilecektir. Genellikle bu ilaçların 1-2 gün süreyle kullanılması yeterli olacaktır.
- Taburcu olduktan sonra hangi gün kontrole geleceğiniz (genellikle 1-2 gün sonra) söylenecektir.
- Ameliyat bölgesinin en az 5 gün ıslatılmaması gerekmektedir. Tuvalet alışkanlığı kazanmamış çocuklarda bezin bu sürede sık aralıklarla değiştirilmesi uygun olur.
- Çocuğunuz ameliyatla aynı gün basit gündelik aktivitelerini yapmaya başlayabilir (tuvalete gitmek gibi)
- Ağır vücut aktivitelerinden 4-6 hafta süreyle uzak durulması gerekir

### İşlemin Tahmini Süresi:

Ameliyatın süresi normal şartlarda 30-60 dakika olup ameliyatın seyrine göre ve hasta faktörlerine bağlı değişebilir.

### Tıbbi Yardıma Ulaşım:

Tedaviniz veya girişiminizle ilgili tıbbi desteğe ihtiyacınız olduğu durumlarda 444 0 373 nolu telefonu arayarak mesai içinde kendi hekiminiz mesai dışında acil hekimini ile görüşebilirsiniz.

### RIZA

Hekimim tarafından bana yapılacak olan .....işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı ve bunları aklım başımda olarak anladım. Bana verilen **1 sayfalık Urakus Kisti Rıza Belgesi**'ni okudum ve anladım.

Durumum, riskler, uygulanacak tedavi işlemleri ve tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için hekime sorular sordum ve tüm düşüncelerimi kendisine ilettim, aldığım cevaplar karşısında ikna oldum. Bilgilendirme sonucunda yeterli olarak aydınlatıldım. Ameliyatın/ cerrahi girişimin/ riskli işlemlerin yapılmasına, tedavi sırasında gerekir ise ek girişim veya kan ve kan ürünlerinin kullanılmasına **İZİN VERİYORUM.**

**Kendi el yazınız ile "Okuduğumu Anladım" yazınız:.....**

**Hasta Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**

**Hasta Yakını Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**

**Yakınlık Derecesi:.....**

**Hastadan Rıza Alınmayıp, Hasta Yakınından Rıza Alınma Nedeni:**

- Hastanın bilinci kapalı  Hasta 18 yaşından küçük  Hastanın karar verme yetkisi yok  
 Acil  Diğer

### HEKİM

Hastanın şikayeti, tetkikleri, muayene bulguları sonucu koymuş olduğum tanıyı ve nedenini, önerilen tedavi içeriğini, amacını ve başarılı olma şansını, avantajları ve risklerini, tedaviye ve hastaya özel riskleri\* varsa alternatif tedavi yöntemlerini, tedavi sonuçlarını, tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskleri, hastaya açıkladım ve bilgilendirme formunun hastaya verdim. Hasta / hasta yakınları tarafından, tarafıma sorulan tüm soruları tam olarak yanıtladım.

\*Tedaviye ve hastaya özel riskler ( varsa ) :

**Hekimin Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**

### TERCÜMAN ( Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise )

Hastaya hekim tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim Görüşme göre tercüme ettiğim bilgiler hasta tarafından anlaşılmuştur.

### Tercüme Yapanın

**Adı Soyadı:..... İmza:..... Tarih:...../...../..... Saat:.....**